

## セカンドオピニオン申込書

※二重枠の中をご記入下さい

		No.	申 込 日 : 令 和 年 月 日			
患 者	ふりがな 氏 名	男 女	生年月日 明 大 昭 平 令 年 月 日 ( ) 齡			
	住 所 〒		Tel ( )			
相 談 者	ふりがな 氏 名	男 女	患者との続柄			
	住 所 〒		Tel ( )			
病 名						
希望する 診 療 科 及び医師		科		医師		
相 談 事 項						
現 在 の 状 態	1. 入院中 (病院名等 )					
	2. 通院中 (病院名等 )					
	3. 自宅療養中等					
今回、セカンドオピニオンを受けることを患者本人は同意している					はい	いいえ
診療経過がわかる資料 (紹介状、レントゲンフィルム、検査結果等) の有無					有	無
希 望 日 時	第1候補	令 和	年	月	日	午前・午後 時
	第2候補	令 和	年	月	日	午前・午後 時
	第3候補	令 和	年	月	日	午前・午後 時
紹 介 元	病院・診療所		科		先生	
	住 所 〒		Tel ( )			

※ セカンドオピニオンは、保険外診療となり60分以内の相談で22,000円(税込)、60分を超える場合には30分毎に5,500円(税込)を負担していただきますのでご了承下さい。

※ 内容(訴訟目的等)によっては、応じられない場合もありますので、ご了承下さい。

セカンドオピニオン決定日	令 和 年 月 日					午前・午後	時
セカンドオピニオン担当医	診療科		科		氏名		
予約受付(オーダリング)の確認	済	未	令和 4 年 2 月 4 日				一部改正